

Madame, Monsieur,

Les troubles de l'odorat sont un problème de santé publique. C'est un handicap invisible, souvent négligé par la société y compris par les professionnels de santé.

En France, aucune enquête n'a encore évalué l'impact sur la qualité de vie, contrairement à d'autres pays européens. Il est temps de rattraper ce retard.

L'objectif de notre étude est de sensibiliser la population à votre handicap et d'alerter les sociétés savantes, afin d'améliorer votre prise en charge.

Veillez s'il vous plaît répondre à toutes les questions.

L'ensemble de vos informations seront conservées de façon anonyme et confidentielle, à des fins de recherche médicale.

Merci d'avance pour votre participation,

Équipe du Service d'ORL & Chirurgie Cervico-Faciale, CHU Nancy
Dr Duc Trung NGUYEN, Praticien Hospitalier, CHU Nancy
Lucie THOLIN, Interne en ORL, CHU Nancy

TROUBLES OLFACTIFS : QUESTIONNAIRE de qualité de vie

Votre âge : ans

Sexe : Femme ou Homme

Votre profession :

-Ancienneté de votre trouble de l'odorat : depuis toujours ou depuis ans

-Contexte d'apparition de votre trouble olfactif (traumatisme crânien, rhino-sinusite chronique, post-viral, congénital, etc..) à préciser :

-Votre trouble de l'odorat est : permanent ou intermittent

-De quel type de trouble olfactif souffrez-vous ? *(plusieurs réponses peuvent-être cochées)*

- Perte complète de l'odorat
- Diminution de l'odorat
- Vous percevez souvent une odeur désagréable alors que les autres la trouvent agréable
- Vous percevez souvent une odeur alors que les autres ne la perçoivent pas

-Savez-vous si votre trouble olfactif est un handicap reconnu par la MDPH ? oui non
(Maison Départementale des Personnes Handicapées)

-Avez-vous déjà consulté un médecin pour ce trouble de l'odorat ? oui non
Si oui, que vous a-t-il dit? Avez-vous déjà essayé un traitement particulier ? Expliquez

*Pour les questions suivantes, merci de faire un choix dans la liste déroulante entre :
pas du tout d'accord / pas d'accord / d'accord / tout à fait d'accord / j'ai une anosmie congénitale*

1. A cause de mon trouble olfactif, je me suis déjà senti(e) en danger :
(fuite de gaz, aliments périmés...)
2. Mon trouble de l'odorat me dérange quand je mange :
3. Depuis l'apparition de mon trouble olfactif, les aliments ont un goût différent :
4. A cause de mon trouble olfactif, je n'apprécie plus autant qu'avant les boissons et la nourriture :
5. A cause de mon trouble olfactif, je vais moins souvent au restaurant :

6. A cause de mon trouble olfactif, je mange moins qu'avant :
7. A cause de mon trouble olfactif, j'ai des problèmes de poids :
8. A cause de mon trouble olfactif, je visite moins fréquemment mes amis et/ou ma famille :
9. A cause de mon trouble olfactif, j'ai des difficultés à participer aux activités de la vie quotidienne :
10. Parfois je ne veux pas que d'autres personnes sachent mes pensées/idées :
11. A cause de mon trouble olfactif, je me sens isolé(e) :
12. Je pense pouvoir apprendre à vivre avec mon trouble de l'odorat :
13. A cause de mon trouble olfactif, je suis plus anxieux(-se) :
14. J'ai peur de ne jamais pouvoir m'habituer à mon trouble de l'odorat :
15. Je suis toujours conscient(e) que mon odorat est altéré :
16. A cause de mon trouble olfactif, je suis devenu(e) dépressif(-ve) :

Pour les questions suivantes, merci de faire un choix dans la liste déroulante entre : diminué, n'a pas changé, augmenté

Depuis l'apparition de votre trouble olfactif ou du fait de votre anosmie congénitale :

1. Votre bien-être a :
2. Votre bonne humeur a :
3. Votre capacité à cuisiner et/ou préparer vos repas a :
4. Votre dégoût pour certains aliments a :
5. Votre plaisir de manger a :
6. Votre poids a :

TROUBLES OLFACTIFS : **TEXTE LIBRE** (sans limitation de mot)

-Racontez votre expérience liée à votre trouble olfactif, et ses conséquences sur votre vie personnelle, sociale et professionnelle. *Rédigez au minimum 5 lignes.*

-Pensez-vous que d'autres problèmes liés à votre trouble olfactif n'ont pas été abordés dans ce questionnaire ?
Si oui, détaillez.

-Que suggérez-vous pour améliorer votre prise en charge ?

En soumettant ce questionnaire, vous acceptez que vos informations soient utilisées dans notre étude, et incluses dans des présentations et publications scientifiques :

J'accepte

Merci pour votre participation